

## 第1号様式（第7関係）

平成 年 月 日

調布市長 あて

## 調布市障害者配食サービス利用申請書

調布市障害者配食サービスの利用について、次のとおり申請します。

|       |                        |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |
|-------|------------------------|----|---------|-------|------------|--------|-----|-----|--|--|--|--|
| 申請者   | フリガナ                   |    |         |       | 利用者の<br>続柄 |        |     |     |  |  |  |  |
|       | 氏名                     |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |
|       | 住所                     |    |         |       |            | 電話番号   | ( ) |     |  |  |  |  |
| 利用者   | フリガナ                   |    | 性別      | 生年月日  |            |        |     | 年齢  |  |  |  |  |
|       | 氏名                     |    | 男・女     | 年　月　日 |            |        |     | 歳   |  |  |  |  |
|       | 住所                     |    |         |       |            | 電話番号   | ( ) |     |  |  |  |  |
| 種別    | 身体障害者手帳（級）愛の手帳（度）52条該当 |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏名又は名称                 |    | 住所又は所在地 |       | 電話番号       | ( )    |     |     |  |  |  |  |
| 心身の状況 |                        |    |         |       | 伝染性疾患の有無   | 有( )・無 |     |     |  |  |  |  |
| 利用事業所 |                        |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |
| 家族状況  | 氏名                     | 年齢 | 続柄      | 介護者   | 氏名         | 年齢     | 続柄  | 介護者 |  |  |  |  |
|       |                        |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |
|       |                        |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |
|       |                        |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |
| 備考    |                        |    |         |       |            |        |     |     |  |  |  |  |